



DEPRESIÓN POSTPSICÓTICA Y SUICIDIO

Isabel Moya Sáez, Paloma Sánchez Romero,
Ana María Báez Rodríguez.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en pacientes con esquizofrenia, junto con las enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico. Los intentos autolíticos tienen lugar fundamentalmente en dos momentos de la evolución del paciente psicótico: el brote de psicosis aguda, durante el cual la angustia psicótica y las alteraciones sensorio-perceptivas entre otras causas pueden ser precipitantes de esta conducta; y los meses posteriores al alta, en los que el paciente comienza a adquirir una conciencia de enfermedad que es en muchos casos difícil de asumir. Es por ello que una vez resuelta la clínica más aguda, será necesario hacer un estrecho seguimiento del paciente, atendiendo no solo a los síntomas psicóticos sino explorando la afectividad y la posibilidad de ideación tanatosuicida.

CASO CLÍNICO

Varón de 36 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide hace dieciocho meses tras un primer ingreso en U. Hospitalización de Salud Mental. El paciente es soltero. Carpintero de profesión. Actualmente en paro y conviviendo con sus padres a raíz del ingreso. Antes del debut vivía con su ex pareja en el domicilio de ambos. En seguimiento por el programa de Primeros Episodios Psicóticos, con el siguiente tratamiento: olanzapina 15mg 0-0-2; Lormetazepam 2mg 0-0-1. En el último evolutivo se refleja que el paciente permanece distanciado de la temática delirante de grandiosidad y perjuicio que presentó durante el proceso agudo. Las alteraciones sensorio-perceptivas presentes en aquel momento (alucinaciones de tipo auditivo y cenestésico) también han remitido. Destaca únicamente la exploración en el plano de lo afectivo: ánimo hipotímico, de características melancólicas. Sentimientos de desesperanza e inutilidad en relación al impacto que ha producido en su vida el diagnóstico. Evita las relaciones sociales y muestra tendencia a la inactividad, que no puede descartarse como parte de la clínica negativa propia del trastorno. En consulta niega ideación tanatosuicida, pero en la entrevista familiar, sus padres están asustados porque han visto al paciente subiendo una silla y cuerdas en la azotea, sin que se haya llegado a producir un intento de ahorcamiento. El plan terapéutico llevado a cabo fue un cambio de olanzapina a aripiprazol, que mejoró la clínica afectiva y negativa; así como un inicio de psicoterapia grupal periódica y rehabilitación cognitiva diaria.

